



CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN

State Form 53318 (6-07) / FI 2511S
Formulario del Estado 53318 (6-07) / FI 2511S

Oficina del Condado, División de Recursos para la Familia

PARA:

Nombre	Teléfono ()	Mande correo electrónico la dirección
Dirección (número y calle, ciudad, estado, código postal)		

ASUNTO:

Nombre	Fecha de nacimiento (mes, día, año)	Número del seguro social XXX-XX-
--------	-------------------------------------	-------------------------------------

Yo, _____, el abajo firmante, por este intermedio doy el consentimiento voluntaria y expresamente para revelar la información de acuerdo con lo abajo indicado, por la División de Recursos para la Familia para la determinación de la elegibilidad para los beneficios adecuados para:

Nombre	Nombre
Nombre	Nombre
Nombre	Nombre

La información revelada/solicitada/intercambiada se usará para determinar los beneficios adecuados para la elegibilidad para Cupones para alimentos, Medicaid/Hoosier Healthwise, Temporary Assistance for Needy Families (TANF), Child Care Funds, o Work Participation Compliance.

Por favor revele la siguiente información abajo designada indicándolo con una marca y mis iniciales:

- _____ Identificación de información (registros de nacimiento, registros de censo y estadísticas, registros escolares)
- _____ Ingresos ganados y no ganados
- _____ Gastos de vivienda y servicios públicos
- _____ Información sobre beneficios/pagos recibidos de otra agencia o terceros (agencia de servicios sociales, fideicomisario del ayuntamiento)
- _____ Verificación de gastos médicos y/o copago de responsabilidad de terceros
- _____ Información sobre los activos financieros (como cuentas bancarias, cuentas de retiro, reservas/bonos, pólizas de seguro de vida, cuentas de fondos de inversiones incluyendo propiedad, valor y beneficiario)
- _____ Otros (especificar) _____

Yo soy la persona a quien le corresponde la información/registro o el guardián legal de la persona. Declaro bajo sanción por falso testimonio, que he examinado toda la información en este formulario y que es verdadera y correcta a mi mayor saber y entender. Entiendo que cualquiera que intencionalmente proporcione una declaración falsa o tergiversada sobre un hecho material en esta información, u ocasione que otra persona así lo haga, comete un delito y podría ser enviado a la cárcel o podría recibir otra sanción, o ambos.

Marcar las categorías correspondientes indicadas abajo:

- He leído este formulario y entiendo su significado.
- Se me leyó este formulario y entiendo su significado.
- Se me explicó este formulario por medio de un intérprete y entiendo su significado.
- Se completaron todos los espacios antes de que este formulario fuera firmado por mí.

ESTA AUTORIZACIÓN ENTRA EN VIGOR HASTA QUE YO LA REVOQUE POR ESCRITO O 90 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA QUE FIRMO ABAJO, CUALESQUIERA SE PRESENTE PRIMERO.

Firma	Relación con el cliente	Fecha (mes, día, año)
(Si se firmó con una "X"; listar firma, nombre, y dirección del testigo competente de edad 21 años o mayor de 21 años.)		
Firma del testigo	Nombre en letra de molde	Fecha (mes, día, año)
Dirección (número y calle, ciudad, estado, código postal)		